FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — **THÈSE** — N° 102

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1903, à 1 heure*

Par **Julien SAUSSIÉ**

Né à Savigny-le-Sec (Côte-d'Or) le 20 janvier 1878
Ancien externe des Hôpitaux

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
# Phlegmons de la paroi abdominale

*LE PHLEGMON LIGNEUX*

*Président :* M. TILLAUX, *professeur.*
*Juges :* MM. TUFFIER, WALTHER et CUNÉO, *agrégés.*

*Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1903

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL. |
| Opérations et appareils | BERGER. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | N.... |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | CHANTEMESSE |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |

*Professeurs honoraires :* MM. JACCOUD, FOURNIER *et* FARABEUF.

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ACHARD | FAURE | LEGUEU | TEISSIER |
| AUVRAY | GILLES DE LA TOURETTE | LEPAGE | THIERY |
| BESANÇON | GOSSET | MARION | THIROLOIX |
| BONNAIRE | GOUGET | MAUCLAIRE | THOINOT |
| BROCA (Aug.) | GUIART | MERY | VAQUEZ |
| BROCA (André) | HARTMANN | POTOCKI | WALLICH |
| CHASSEVANT | JEANSELME | REMY | WALTHER |
| CUNEO | LANGLOIS | RENON | WIDAL |
| DEMELIN | LAUNOIS | RICHAUD | WURTZ |
| DEGREZ | LEGRY | RIEFFEL (chef des trav. anat.) | |
| DUPRE | | | |

*Le Secrétaire de la Faculté* : M. GRISEZ.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance.*

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur.

## A MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux.

## AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, c'est pour nous une grande satisfaction et un devoir bien doux, d'offrir à tous nos maîtres l'hommage de notre vive reconnaissance.

Nous adressons un respectueux souvenir à nos Professeurs de l'Ecole de Médecine de Dijon, MM. les Drs Deroye, Broussolle, Parizot, Morlot, Baron, Cottin et Gautrelet, qui guidèrent nos premiers pas dans l'art de guérir, et nous entourèrent toujours de la plus grande sollicitude.

A notre arrivée à Paris, M. le Professeur agrégé Marion nous accueillit avec beaucoup de bienveillance et voulut bien nous guider pendant nos dernières années d'études. C'est à lui que nous devons notre sujet de thèse, pour laquelle il nous donna une observation inédite et nous prodigua ses idées et ses conseils. Qu'il nous permette de lui offrir, en tête de ce travail, l'assurance de notre sincère gratitude.

Ancien stagiaire de M. Maygrier, à la maternité de

la Charité, et de M. le Professeur KIRMISSON, à l'hôpital Trousseau, nous adressons à ces maîtres vénérés, nos plus vifs remerciements, pour les excellents conseils qu'ils nous ont donnés au lit du malade et pour leurs remarquables leçons cliniques.

Nous avons eu l'honneur de remplir les fonctions d'externe auprès de M. le Professeur LE DENTU à l'hôpital Necker et auprès de M. le Dr CHAPUT à l'hôpital Broussais ; qu'ils veuillent bien accepter ici l'hommage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

M. le Dr VEAU, prosecteur à la Faculté de Médecine, médaille d'or des hôpitaux, et M. le Dr BANZET, ancien chef de Clinique à la Faculté, ont droit à nos plus sincères remerciements, pour la grande bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Enfin, M. le professeur TILLAUX, en acceptant la présidence de cette thèse, nous a fait un très grand honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

# INTRODUCTION

Le terme de *phlegmon ligneux* date de 1893, époque à laquelle M. Reclus l'a étudié au cou, et en a rapporté cinq observations. D'autres sont venues s'y ajouter, et, en même temps, on a remarqué le développement d'une affection analogue, à la paroi abdominale. On connaissait probablement depuis longtemps ces phlegmons à évolution lente et dits alors « spontanés. »

Chassaignac, dans son *Traité de la suppuration* (1859) remarque qu'il y a des phlegmons durs, qui évoluent pendant plusieurs semaines.

Après lui, on trouve, dans les publications médicales, des observations de phlegmons de la paroi abdominale, ayant tous les caractères du phlegmon ligneux.

Borello, dans sa thèse, en 1877, s'étonne de l'évolution lente et de la consistance dure de certains abcès.

M. Le Dentu, dans le *Dictionnaire de Jaccoud* (1879) décrit un phlegmon chronique, en indique les causes les plus fréquentes ; il cite quelques exemples et conclut : « Qu'est-ce donc qu'une maladie inflammatoire

qui se développe sous une peau exempte de furoncles et met près d'un mois à aboutir à la suppuration ? Si ce n'est pas un phlegmon chronique, quel nom lui assigner ? »

Plus tard, en 1898, dans son *Traité de chirurgie*, il lui donne le nom de phlegmon chronique de Reclus.

C'est M. Reclus qui, en 1893, se basant sur un symptôme très caractéristique, la dureté de bois, qu'on observe dans cette affection, créa l'heureuse expression de *phlegmon ligneux*.

En 1896, MM. Reclus et Quénu communiquent à la Société de chirurgie deux cas de phlegmon ligneux de la paroi abdominale.

M. Duplay, en 1897, signale la dureté ligneuse d'un phlegmon périombilical dont nous citons l'observation.

Krause, en 1899, rapporte une longue et intéressante observation d'un phlegmon ligneux de Reclus, développé à la paroi abdominale.

Van-Stokum, la même année, voit un phlegmon ligneux se développer à la suite d'une cure radicale de hernie.

En 1901, M. Lucas-Championnière, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, fait une description d'ensemble du phlegmon ligneux.

Enfin, M. Marion, en janvier 1903, dans les *Archives générales de médecine*, résume bien nos connaissances sur la question.

Nous allons essayer d'esquisser l'histoire du phlegmon ligneux de la paroi abdominale, d'après les quel-

ques observations que nous en possédons. En feuilletant la littérature médicale, nous avons trouvé des cas nous semblant pouvoir rentrer dans le cadre de notre étude : nous en rapportons les observations, persuadé qu'il s'agissait là de phlegmons ligneux. Puisse notre modeste travail jeter un peu de lumière sur la question, et faire mieux connaître cette affection, encore si peu étudiée, de la paroi abdominale.

## CHAPITRE I

### Etiologie.

Souvent, le phlegmon ligneux de la paroi abdominale survient absolument *sans cause apparente*. C'est cette variété de phlegmon chronique que l'on a longtemps appelé « spontané » et que M. Le Dentu (1) propose d'appeler phlegmon « de cause inconnue ». Avec notre maître, nous maintiendrons cette dénomination.

D'autres fois, les malades se souviennent *d'un petit fait*, comme une chute ou un coup, mais d'une importance tellement minime, qu'ils n'attribuent pas à ce petit accident l'origine de leur phlegmon.

*Le traumatisme* jouerait cependant dans certains cas un rôle assez manifeste.

On peut considérer encore comme traumatisme, cette irritation de tous les instants, que fait subir à la paroi abdominale, un corps étranger inclus dans ses muscles ou dans son tissu cellulaire.

1. Le Dentu. *Dictionnaire de Jaccoud*. Art. *Phlegmon*.

Citons quelques-uns de ces corps étrangers : *un fil de soie* ou *un catgut* infectés, abandonnés dans la paroi après une opération chirurgicale ; ou encore un *calcul ombilical*, formé de sébum, de poils, de débris laineux et épithéliaux. Tous ces éléments s'accumulent au fond d'un ombilic en entonnoir, ils durcissent, finissent par constituer un corps dur comme du bois, qui irrite la peau, l'ulcère, pénètre dans les tissus et y détermine l'affection que nous étudions. Ces concrétions peuvent déterminer un phlegmon aigu comme M. Tillaux l'a exposé (1). Mais elles peuvent déterminer aussi un phlegmon chronique ayant tous les caractères du phlegmon ligneux. L'observation suivante semble le démontrer.

## Observation I

M. Duplay. *Bulletin Médical*, 1897, n° 1.

Le 25 novembre 1896, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, un homme de 33 ans qui a toujours été bien portant, raconte que, il y a trois semaines, il fut pris, sans cause connue, d'une douleur à la région ombilicale. Le malade examina alors son nombril et remarqua que cette région était gonflée ; quelques jours plus tard, la peau, en cet endroit, devenait rouge, et bientôt présentait un fin pertuis, par lequel s'écoulait un liquide purulent. Huit jours après, le malade entrait à l'hôpital. Voici ce que nous constatâmes :

1. Tillaux. Société de Chirurgie, 1895.

La région ombilicale était tuméfiée. La cicatrice où se voyait une fistulette donnant issue à un écoulement purulent, présentait une rougeur inflammatoire ; cette rougeur était bien limitée à la cicatrice, et ne s'étendait nullement à son pourtour, sur lequel, tout au contraire, la peau offrait des caractères normaux de coloration et de souplesse. En cette région, on sentait à la palpation, *un empâtement profond, d'une dureté presque ligneuse*, au-dessus duquel la peau glissait librement. Cette tuméfaction offrait la largeur de la paume de la main. *L'état général du malade était bon et n'avait cessé de l'être*, depuis le début de cette affection locale, si ce n'est une légère perte d'appétit qu'il avait ressentie.

Je dois vous rappeler la confusion possible de cette affection avec une tumeur cancéreuse enflammée de l'ombilic.

En introduisant un stylet par l'orifice que présentait la cicatrice ombilicale, et en pratiquant le cathétérisme du trajet fistuleux, on constatait que l'instrument se dirigeait obliquement en bas, en arrière et du côté gauche ; s'enfonçait à une profondeur d'environ 3 centimètres et pénétrait dans une cavité étroite qui devait être le siège de la collection purulente. Cette cavité semblait située derrière le muscle grand droit.

M. Demoulin, par qui le malade nous avait été adressé, a pratiqué sur celui-ci, le lendemain même de son entrée à l'hôpital, une opération à la fois curative et exploratrice. Il a fait, immédiatement au-dessous de l'ombilic, une incision de 5 centimètres environ de longueur sur la ligne médiane, incisant couche par couche, avec un soin tel que cette opération fut une véritable autopsie sur le vivant, et qu'elle nous permit de reconnaître exactement les limites du phlegmon. Il n'y avait aucune trace d'inflammation dans le tissu cellulaire sous-cutané. La

ligne blanche était légèrement épaissie. M. Demoulin incisa la gaine d'un des muscles droits et constata que sa loge était indemne. Derrière elle, il arriva dans une cavité remplie de pus. Celle-ci fut évacuée, puis les parois en furent grattées au moyen d'une curette de petites dimensions. M. Demoulin découvrit dans la cavité un corps de la grosseur d'un noyau de cerise, qui offrait l'aspect d'un kyste sébacé. On a reconnu que ce corps était effectivement constitué par du sébum, mais qu'il ne présentait pas de membrane d'enveloppe.

Il s'agissait donc en définitive, d'un abcès consécutif à la pénétration d'un calcul de l'ombilic dans le tissu cellulaire profond de cette région, ou à l'inflammation d'un kyste sébacé dont on retrouvait le contenu.

Les injections de *liquides médicamenteux* ou de *sérums antitoxiques* sont capables de déterminer, dans la paroi abdominale, des indurations à évolution très lente et qui finissent par suppurer. M. Quénu, à propos de la discussion du phlegmon ligneux du cou à la Société de chirurgie, a cité un bel exemple de phlegmon de la paroi abdominale consécutif à des injections répétées de *sérum antistreptococcique*.

### Observation II

M. Quénu. *Annales et Mémoires de la Société de chirurgie*, 27 mai 1896.

L'induration et la marche lente du phlegmon tiennent à la formation d'une zone scléreuse excessive autour du point infecté. Elles s'observent spécialement dans les phlegmons de la nuque, mais cette forme d'inflammation n'est pas spéciale à la

région cervicale. J'en ai tout dernièrement observé un exemple à la paroi abdominale, où des injections de sérum antistreptococcique avaient été faites d'une façon répétée contre un érysipèle chronique de la face. Toute la moitié droite de la paroi était convertie en *un bloc dur, d'aspect néoplasique, sans changement de couleur à la peau.* Ce n'est qu'après plusieurs semaines qu'il se forma un point plus mou, sans rougeur à la peau. L'incision ne donna issue qu'à une cuillerée de pus siégeant derrière le grand oblique.

Nous-même avons souvenance d'un fait analogue. Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant notre service militaire, à l'Infirmerie Hôpital du camp d'Avor, un soldat du 95ᵉ de ligne, atteint de pneumonie franche aiguë, avec adynamie profonde, à qui l'on fit une injection de *caféïne* dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale du côté droit. Le malade accuse quelques picotements à cet endroit pendant deux jours ; puis tout rentre dans l'ordre. Il guérit de sa pneumonie, et, plus d'un mois après cette injection, alors qu'il était en pleine convalescence, il attire notre attention sur une petite tumeur, grosse comme une noix, et presque aussi dure, assez mobile, qui s'était développée précisément à l'endroit où nous avions enfoncé notre aiguille. Quelques jours plus tard, la peau devenait adhérente à la tumeur, rougissait en un point. Une ponction au bistouri ne donna issue qu'à une goutte de pus. L'induration persista encore près d'un mois et finit par disparaître.

M. Reclus signale l'entrée en scène de *l'érysipèle*

et de son microbe spécifique, pour amener la suppuration d'une tumeur ligneuse existant déjà depuis trois mois.

## Observation III

M. Reclus. *Cinquième Congrès français de chirurgie*, 1891.

Une femme de 40 ans entre dans notre service de Broussais, pour une tuméfaction située à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic. Elle était rouge, chaude, douloureuse, fluctuante à son centre, et il s'agissait évidemment d'une collection purulente. Au premier abord, je la croyais dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais le foyer devenait immobile et fixé dès que le droit antérieur se contractait. L'abcès s'était développé dans le muscle. Les abcès des muscles ne sont pas fréquents, et nous en cherchions l'étiologie formelle, lorsque la malade nous apprit que, trois mois auparavant, au cours d'une bronchite, et pendant un accès de toux, elle avait éprouvé une douleur subite, et une tumeur molle, puis *presque ligneuse*, s'était formée au point où exis e maintenant l'abcès. Quelques fibres musculaires du droit antérieur s'étaient alors rompues, quelques vaisseaux s'étaient déchirés, et le sang amassé avait constitué un hématome.

Comment cet hématome, longtemps indolent et bien toléré par les tissus, s'était-il enflammé tout d'un coup ? Un interrogatoire plus précis nous apprit que, quelques semaines auparavant, une rougeur avait apparu sur l'aile du nez avec tension, cuisson, douleur, œdème des paupières, fièvre assez vive. Cet érysipèle, d'ailleurs sans gravité, s'éteignit en moins de

sept jours. Mais à partir de ce moment, la tumeur péri-ombilicale était devenue le siège de souffrances sourdes, de battements. Elle avait grossi, et prenait, en définitive, toutes les allures d'un abcès chaud. Désormais, il nous était facile d'établir la pathogénie de cette collection purulente. Les microbes pathogènes avaient passé des vaisseaux sanguins dans l'hématome, où ils avaient trouvé un bon terrain de culture ; ils avaient pullulé à leur aise, et engendré l'abcès intra-musculaire dont la genèse, au premier abord, nous paraissait obscure.

Le pus, examiné au laboratoire de Broussais et à l'Institut Pasteur, contenait des streptocoques en abondance.

Etait ce là un véritable phlegmon ligneux ? Le mode de suppuration n'en est pas moins extrêmement intéressant, et nous rapportons cette observation surtout pour servir d'appui à ce que nous avançons dans le chapitre : « Pathogénie », à savoir que les microbes les plus variés, peuvent amener la suppuration de masses ligneuses évoluant depuis longtemps.

M. Reclus rapporte encore un cas de phlegmon ligneux que l'on vit se développer à la suite d'une *appendicite* opérée.

### Observation IV

M. Reclus. *Revue de chirurgie*, 1896, p. 530.

J'ai suivi avec mes collègues Bouilly, Faisans et Valéry Meunier, et vu opérer par Brun, un garçonnet de 15 ans qui, à la suite d'une appendicite, a vu apparaître dans la fosse iliaque

gauche, puis dans la région prévésicale et enfin dans la fosse iliaque droite, *trois foyers inflammatoires* d'évolution chronique et d'une dureté excessive. Le premier et le second ont été ouverts, et, avant d'arriver sur une petite collection purulente grosse à peine comme un haricot, il avait fallu traverser un tissu lardacé, d'une épaisseur de plusieurs centimètres et comprenant le tissu cellulaire, les aponévroses, les muscles et le péritoine.

Que dire, maintenant, de ces abcès à évolution lente, observés dans la convalescence de certaines maladies infectieuses, et en particulier de la fièvre typhoïde? Ces phlegmons chroniques peuvent-ils être appelés ligneux? Nous nous sommes posé cette question après la lecture de l'observation suivante :

## Observation V

Dolbeau. *In* thèse Poisson, Paris 1877, p. 16.

Il s'agit d'un homme couché au n° 37 de la salle Saint-Côme, âgé de 31 ans, grand, fort, bien constitué. Cet homme n'accuse pas de maladies antérieures ; pas de syphilis.

Il y a trois mois, il eut une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée et qui a présenté cette particularité, qu'il a eu plusieurs éruptions successives de taches lenticulaires. La maladie a été grave : pendant sa durée, le patient s'est plaint souvent d'une douleur dans le bas-ventre ; on a négligé un peu ce symptôme, car il est habituel de voir les malades atteints de fièvre typhoïde se plaindre de douleurs abdominales. Plus tard, à

l'approche de la convalescence, le malade a pu préciser ses souffrances. Il a attiré l'attention sur un point, toujours le même, la partie sus-pubienne de l'abdomen. A cette époque, on a trouvé, au-dessus du pubis, une tumeur globuleuse et médiane, faisant peu de relief, mais donnant, surtout à la palpation, l'idée d'un corps arrondi.

Cette tumeur fut prise un instant pour la vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme fit raison de cette hypothèse. Il est probable que la tumeur existe maintenant depuis six ou sept semaines. Suivant le malade, la chose aurait débuté brusquement ; une douleur vive, aiguë, aurait apparu au moment où il essayait de se mettre péniblement sur son séant A ces douleurs originelles a succédé un calme relatif. A la période aiguë, caractérisée par des douleurs vives, apparaissant surtout à l'occasion de certains mouvements, a succédé une période chronique, s'annonçant par la présence d'une douleur circonscrite au bas-ventre ; douleur à la pression, mais peu sensible pendant le décubitus dorsal.

Aujourd'hui, cet homme est sans fièvre, se plaint du bas-ventre, et encore dans des limites très restreintes. Si l'on examine l'abdomen, on lui trouve une forme à peu près normale, sauf une lègère tuméfaction de la région sus-pubienne.

La palpation, bien plus que la vue, démontre l'existence d'une tuméfaction. La tumeur est médiane, mais occupe de préférence la partie latérale gauche de la ligne blanche. Elle commence à deux travers de doigt au-dessus du pubis, et s'arrête en haut à trois travers de doigt de l'ombilic.

A peu près au milieu de l'abdomen, elle dépasse la ligne médiané, à droite, d'un travers de doigt, à gauche, de quatre travers de doigt. Plus volumineuse qu'une demi-orange, elle

fait un relief peu sensible à la surface de l'abdomen. On peut difficilement la saisir dans la main ; *sa consistance générale est ferme*. Elle est uniformément globuleuse, excepté du côté droit où elle présente des *indurations irrégulières*. Les téguments ont conservé à son niveau leur coloration et leur souplesse normales.

La palpation ne permet pas de donner des limites précises à la tumeur ; elle est mobile, on peut la déplacer. Pas de prolongement du côté du ventre. Si on fait contracter les muscles droits, la tumeur, loin de disparaître, fait une saillie plus considérable, et sa mobilité latérale diminue très notablement.

Incision ; issue de quelques cuillerées de pus. Guérison au bout d'une semaine.

C'est bien un abcès à évolution lente puisqu'il existait au moins depuis six semaines. De plus, Dolbeau signale cette consistance ferme de la tumeur et ces indurations irrégulières du côté droit. Etait-ce là un phlegmon ligneux ? La question est délicate, d'autant plus que les observations de ce genre doivent être bien peu nombreuses. Il serait à souhaiter que la question s'éclairât un jour, et que des observations nouvelles fissent la lumière sur ce point.

*La Syphilis* serait très souvent en cause dans l'étiologie du phlegmon ligneux, aussi bien la syphilis acquise, à sa période tertiaire, que la syphilis congénitale. Nous n'en avons pas trouvé d'observation, mais c'est du moins l'avis de M. le professeur Tillaux qui, dans sa longue carrière, a observé un assez grand nombre de phlegmons ligneux de la paroi abdominale. M. Til-

laux s'appuie encore sur l'opinion de Nélaton pour dire que les phlegmons de cette sorte, qu'on ne peut rattacher à aucune cause, sont de nature syphilitique.

Enfin, nous croyons pouvoir faire rentrer dans le cadre du phlegmon ligneux, ces indurations rebelles, persistant parfois plusieurs semaines, et arrivant en général à résolution complète, dont l'origine est un petit furoncle, une excoriation, ou un petit abcès déterminé par un point de suture superficielle.

*Le sexe* ne paraît pas avoir une grande influence sur son développement ; il en est de même de *l'âge*, et le phlegmon ligneux de la paroi abdominale, plus fréquent dans l'âge mûr et dans la vieillesse, s'observe aussi chez les jeunes sujets.

## CHAPITRE II

### Anatomie pathologique.

Siège. — Il semble que le siège primitif du phlegmon ligneux soit le tissu cellulaire. Le processus s'étendrait et il y aurait envahissement successif de tous les plans superficiels et profonds. Dans un cas de M. Reclus (*Observation III*) c'est dans le muscle droit antérieur qu'aurait débuté l'affection. Il en est de même dans le cas de Van-Stokum, qui trouva la peau et le tissu cellulaire d'aspect normal, « mais la couche musculaire transformée dans une masse blanche, homogène, dure, criant sous le bistouri, ressemblant aux fibrômes de l'utérus. »

Quant au rôle des ganglions, qui est si considérable dans l'histoire du phlegmon ligneux du cou, il paraît très effacé à la paroi abdominale. Les seuls qui pourraient être en cause sont les ganglions inguinaux ; ou plutôt ce sont les seuls dont l'hypertrophie ait été signalée par Krause dans son observation si intéressante. Mais ont-ils été envahis primitivement ou secondairement ?

La disposition du phlegmon ligneux par rapport à la surface de la paroi abdominale est très variable. Inutile de dire que la région péri-ombilicale, ou plutôt la région sous-ombilicale, est le terrain où se développe le phlegmon causé par calcul ombilical. On y voit aussi apparaître des phlegmons de cause inconnue que l'on pourraît confondre avec un cancer de l'ombilic. C'est enfin l'aboutissant, le point faible, où viennent aboutir et s'ouvrir certaines collections purulentes.

Le phlegmon ligneux peut apparaître sur tous les autres points de la surface abdominale antérieure, on peut s'en convaincre à la lecture des quelques observations que nous possédons.

La ligne blanche, qui joue un si grand rôle dans l'histoire des abcès consécutifs à la fièvre typhoïde, ne paraît pas avoir ici cette importance. Du moins, on ne la trouve signalée nulle part. Dans l'observation de Krause, où la tumeur était considérable et occupait toute la partie gauche de la paroi abdominale antérieure, empiétant même sur la partie droite, il n'est pas parlé de la ligne blanche. Il est probable qu'elle était englobée dans la tumeur ligneuse, de même que les tractus fibreux transversaux, sur lesquels s'insèrent les différentes portions des muscles grands droits.

Les phlegmons consécutifs aux opérations chirurgicales prennent naturellement naissance au point où est le fil infecté, mais ils peuvent se propager en tous sens, particulièrement en haut, et déterminer des fistules.

Nombre. — Le plus souvent il n'existe *qu'une seule masse indurée*, un seul abcès. Mais il peut s'en développer *plusieurs* à la fois ou dans un temps très court. Le malade de M. Reclus (*Observation IV*) vit, à la suite d'une appendicite, apparaître, en quelques jours, trois foyers inflammatoires. Enfin, à la paroi abdominale, comme à la région du cou (Reclus) il peut se former des *abcès successifs* pendant plusieurs mois, et même une année.

Volume. — Leur volume et leur forme sont aussi variables que leur siège. On en trouve de la grosseur d'une noix, d'un œuf de pigeon, du poing, des deux poings, d'une tête de fœtus à terme. La tumeur peut être globuleuse, allongée, ou s'étendre en nappe à la façon d'un gâteau dur de 10 à 15 centimètres de diamètre, et plus ; d'une consistance uniforme ou présenter des noyaux indurés irréguliers.

Abcès. — Lorsqu'on incise la masse avant qu'elle soit arrivée à la suppuration, le tissu présente un aspect lardacé, et laisse écouler un liquide séreux ou sanguinolent. Ce que MM. Cornil et Ranvier disent du phlegmon chronique en général, peut s'appliquer au phlegmon ligneux. « Au microscope, on le trouve constitué par les éléments du tissu conjonctif. Les vaisseaux sanguins ont leur paroi épaissie et constituée par des éléments embryonnaires. Les cellules adipeuses présentent aussi une multiplication de leurs noyaux. Cette prolifération des éléments embryonnaires établit une

ressemblance frappante entre le tissu du phlegmon chronique et celui du sarcôme, mais une différence absolue, c'est que le sarcôme se reproduit tant qu'on laisse persister quelques-uns de ses éléments, tandis que le phlegmon chronique a tendance à guérir, dès qu'on supprime la cause qui lui a donné naissance » (Cornil et Ranvier) (1). Van Stokum (2) qui a aussi pratiqué l'examen histologique d'un fragment excisé au moment de l'intervention, a reconnu « qu'il existait une prolifération des fibres conjonctives, séparées par des lits de cellules, les unes volumineuses et d'apparence fusiforme. Les fibres musculaires étaient en état de dégénérescence hyaline, et les vaisseaux sanguins montraient une paroi épaissie avec multiplication des cellules de leur endothélium. »

Rarement l'abcès reste induré et se résout sans suppurer. La suppuration est le mode de terminaison le plus fréquent, après plusieurs semaines ou plusieurs mois d'induration. La collection forme alors une poche en général irrégulière, et, suivant les cas, la suppuration apparaît en un ou plusieurs points. Il semble cependant que ces phlegmons peuvent aussi constituer une poche régulière qu'on reconnaît, en y introduisant le doigt, ou en y injectant du liquide (*obs. XI*).

Le liquide qui s'écoule à l'ouverture d'un phlegmon ligneux peut affecter différents caractères. C'est de la sérosité plus ou moins louche, c'est un liquide hémati-

1. Kirmisson. *Dict. encycl. des sc. médicales.* Art. *Phlegmon.*
2. *Archives générales de Médecine*, 1903.

que, séro-purulent ou franchement purulent. Peyrot (1) après Trélat (2), signale la coloration rougeâtre ou chocolat du pus de certains abcès à lente évolution, et, en même temps, son odeur fétide. Mais s'agissait-il bien là de phlegmons ligneux ?

*L'examen bactériologique* a été fait dans beaucoup de cas, mais les résultats en sont très variables. L'examen bactériologique peut être *négatif*, (Marion) (3) ou peut révéler la présence de certains microbes : le *streptocoque*, (*Observation III*) des *diplocoques* sans caractères. Van Stokum a retrouvé, dans son cas un *bacille pseudo diphtérique* (4). M. Reclus a trouvé dans un phlegmon ligneux du cou *un micro-organisme à allures spéciales*. Voici le résultat de son examen : « Avec le pus recueilli dans deux pipettes, on a préparé six lamelles. Deux sont réservées pour les recherches par coloration simple, les quatre autres sont destinées à subir l'épreuve de la double coloration. L'examen par la coloration simple avec la solution aqueuse de bleu de méthylène à froid, montre quelques diplocoques disséminés dans le champ microscopique, et deux ou trois chaînettes du même diplocoque. En somme, on constate que ce pus est peu chargé en microorganismes. La double coloration ne décèle aucun bacille tuberculeux, mais la préparation est remplie de diplocoques disséminés, ou en chaînettes, ou agglomérés, et quelques-

1. Peyrot. *Gazette des Hôpitaux*, 1883.
2. Trélat. *Gazette des Hôpitaux*, 1882.
3. Marion. *Archives générales de Médecine*, 1903, IV.
4. Van Stokum. 13e Congrès de Chirurgie. Paris, 1899.

uns sont inclus dans des leucocytes. Le pus renferme donc un micro-organisme difficilement colorable, propriété qu'il doit sans doute à une membrane d'enveloppe qui se dissout par la chaleur et le bacille devient alors colorable.... Evidemment, nous ne saurions prétendre, sur un seul examen bactériologique, que notre phlegmon ligneux est dû à un microorganisme spécifique » (1).

Krause, dans la longue observation de phlegmon ligneux de la paroi abdominale que nous citons a trouvé *des cocci*, analogues aux staphylocoques, groupés par deux, trois, quatre et plus, et se colorant bien par le bleu de méthylène. Il les a cultivés, et ces microbes ont toujours conservé les mêmes caractères.

Le phlegmon ligneux peut ne pas laisser de traces ; mais parfois les aponévroses épaissies, le tissu conjonctif et élastique du derme hyperplasiés, enlèvent pour toujours aux tissus leur souplesse normale, et l'on peut dire que le tissu fibreux qui s'est formé à la suite des adhérences nombreuses, fait désormais partie de l anatomie de la région atteinte. Un tissu cicatriciel comble l'ouverture des fistules taries. (Lucas-Championnière).

1. Reclus. *Gazette des Hôpitaux*, 3 août 1893.

## CHAPITRE III

### Pathogénie.

D'après les quelques observations de phlegmon ligneux de la paroi abdominale que nous possédons, on peut se convaincre que cette affection a des allures tout à fait spéciales. Ces particularités tiennent-elles *à la région* ? tiennent-elles *à l'individu*? ou sont-elles le fait de *microbes spéciaux*?

*La région* n'est pour rien dans l'apparition du phlegmon ligneux. La paroi abdominale n'en a pas le privilège ; il peut se développer ailleurs, et principalement au cou (Reclus et Marion) et à la main (Marion). « Le fait a trait à une religieuse hospitalière que j'ai vue au début de cette année. Au mois d'octobre 1901, en nettoyant un bistouri qui venait d'ouvrir un adéno-phlegmon du cou, elle s'était piquée au médius de la main gauche. A la suite de cette piqûre, le doigt augmenta de volume, devint dur ; puis le gonflement et l'induration gagnèrent la paume de la main, l'annulaire et le cinquième doigt. La douleur était, du reste, à peu près nulle, et la malade était seulement gênée par la raideur

qu'imprimait aux doigts leur tuméfaction. Je vis la malade au mois de janvier et pensai à de l'œdème inflammatoire chronique, pour lequel je conseillai des pointes de feu profondes et des pansements antiseptiques. Au mois de mars, il y avait une amélioration, mais pas une guérison complète, si bien que, sur le désir de la malade, je la conduisis chez mon maître, M. le professeur Tillaux qui ne fit que confirmer le diagnostic et conseilla de continuer le traitement en ajoutant des bains antiseptiques. Peu à peu les lésions s'améliorèrent, le gonflement diminua, les doigts reprirent leur fonction, et, au mois de mai de cette année, 7 mois après le début des accidents, la malade pouvait être considérée comme guérie (1). »

La localisation à la paroi abdominale n'est donc pour rien dans les caractères de l'inflammation. Ces caractères sont-ils faits de l'*état de santé du sujet* ? Si le phlegmon ligneux affecte une symptomatologie si spéciale, c'est qu'il évolue chez des malades débilités ou cachectiques, vieillards, alcooliques, diabétiques, etc.

M. Reclus a rapporté des faits qui pourraient faire admettre cette hypothèse, et il conclut ainsi : « Il ressort de mon souvenir qu'il s'agissait toujours de vieillards ou d'individus usés, et sous le coup de tares viscérales (2). »

M. Reynier (3) est encore plus affirmatif. Il dit que

1. Marion. *Arch. gén. de Méd.* 27 janvier 1903.
2. Reclus. *Gazette des hôpitaux*, 1893.
3. Reynier. Société de chirurgie, 27 mai 1896.

les phlegmons de cette espèce paraissent liés à un état cachectique et à un trouble de nutrition : « C'est le terrain qui fait le caractère du phlegmon ». M. Poncet (1), tout en admettant l'importanee de la nature du terrain, fait jouer aussi un rôle à l'agent pathogène.

Quoi qu'il en soit, ces conditions de terrain ne sont pas suffisantes. Nos observations spécifient presque toutes l'excellent état général du sujet. D'autre part, M. Marion qui a étudié le phlegmon ligneux du cou, et qui, à ce propos, cite un cas de phlegmon de la paroi abdominale, fait la même réflexion : « Aucun des malades que j'ai observés ne présentait la moindre tare alcoolique, diabétique, ou autre » (2). Enfin, dans l'observation XI, où il s'agit sans aucun doute d'un phlegmon ligneux, l'affection s'est développée chez un enfant de 6 ans sain et bien portant. Tous ces faits peuvent donc nous faire admettre, avec M. Marion, que si la débilitation de l'individu a une influence, celle-ci est tout à fait secondaire.

Une autre hypothèse, bien propre à tenter l'esprit, est celle de *la spécificité* du phlegmon ligneux, qui ne serait autre qu'une inflammation d'origine microbienne spéciale analogue à l'actinomycose par exemple. Malheureusement l'examen microscopique du pus de ces phlegmons n'a pas confirmé cette hypothèse. On a trouvé les microbes les plus variés, nous l'avons vu, tant dans les phlegmons du cou que dans ceux de la

1. Poncet. Société de chirurgie, 27 mai 1896.

2. Marion, *Arch. gén. de médecine*, 27 janvier 1903.

paroi abdominale. On a même trouvé de la sérosité simple, et l'examen le plus attentif n'a pu déceler la présence d'aucun microorganisme. Nous avons dit, au chapitre précédent, que M. Reclus avait trouvé dans le pus d'un phlegmon ligneux du cou, un diplocoque difficilement colorable et à allures spéciales. Serait-il l'agent spécifique de cette affection ? Il est permis d'en douter avec M. Reclus lui-même.

Et cependant Krause, lui aussi, a trouvé un microbe particulier dans un phlegmon ligneux de la paroi abdominale. Il se présentait dans le pus sous la forme de cocci disposés par petits groupes. Krause l'a isolé, en a fait des cultures pures et a expérimenté sa virulence sur le cobaye. A l'endroit de l'inoculation s'est développé un abcès dont le pus renfermait les cocci dont nous avons parlé. Une culture sur agar de ce pus provenant du cobaye a bien poussé et donné naissance à des cocci présentant tous les caractères de leurs ancêtres, et qui ont infecté un nouveau cobaye.

Etait-ce le même microbe que celui étudié par M. Reclus ? C'est peu probable, car, tandis que celui de M. Reclus était difficilement colorable, propriété qu'il tenait sans doute d'une membrane d'enveloppe se dissolvant par la chaleur et nécessitant l'emploi de la double coloration, celui de Krause se colorait d'une façon très intense par le bleu de méthylène. De plus les cocci de M. Reclus se groupaient soit en amas, soit en chaînettes ; ceux de Krause, même après des cultures et des inoculations aux cobayes se présentaient toujours en

amas de trois, quatre et davantage, groupés comme des staphylocoques.

Les deux agents pathogènes ne sont donc pas identiques, et il est bien permis de croire, dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, qu'ils ne sont, ni l'un ni l'autre, le microbe spécifique du phlegmon ligneux. Des recherches ultérieures viendront peut-être éclaircir la question.

Etant donné que les caractères du phlegmon ligneux ne sont pas le fait d'un microbe spécial, il faut admettre qu'ils sont celui d'une *virulence spéciale* de microbes quelconques ; virulence très atténuée, déterminant une affection lente qui, après une longue période d'induration, finirait par arriver à la suppuration ; virulence très atténuée, car l'état général du sujet est peu ou n'est pas modifié ; virulence très atténuée, enfin, car le phlegmon ligneux n'aboutit pas toujours à la suppuration et peut se résoudre complètement. Ce sont ces idées que M. Reclus (1) énonce dans les lignes suivantes : « Il est infiniment probable que les microbes habituellement ou exceptionnellement pyogènes qui provoquent ces collections froides, ont perdu leur virulence, et leur puissance atténuée n'arrive que lentement, et sans réveiller de réaction organique très appréciable, à produire l'abcès chronique. Parfois même, ces germes pathogènes n'auront pas une énergie suffisante pour atteindre à la suppuration, et accumuleront dans les tissus ces amas d'éléments embryonnaires qui engor-

1. Reclus. *Revue de Chirurgie*, 1896.

gent les lames cellulaires dans le phlegmon ligneux ».

De cette discussion, nous pouvons conclure avec M. Marion : « Au point de vue pathogénique il semble donc que, jusqu'à plus ample informé, ou puisse considérer le phlegmon ligneux de la paroi abdominale, aussi bien, d'ailleurs, que les phlegmons ligneux qui peuvent se développer en d'autres points de l'organisme, comme une *inflammation diffuse chronique du tissu cellulaire due à l'introduction primitive ou secondaire dans ce tissu, d'éléments septiques, non spécifiques, de virulence atténuée.* »

## CHAPITRE IV

### Symptômes.

Début. — Le début est en général *insidieux*. Le phlegmon ligneux met souvent des semaines et des mois à naître, et le malade qui en est porteur s'en aperçoit, ou fortuitement, ou quand la tumeur présente des dimensions qui amènent une certaine gêne, ou bien quand elle évolue vers la suppuration et détermine des douleurs plus ou moins vagues. On constate le plus souvent, au début, une petite tumeur mobile, qui grossit insensiblement, s'élargit et constitue comme une sorte de disque dont l'adhérence avec les parois de l'abdomen devient de plus en plus évidente. Puis, comme dans l'observation de Krause, la tumeur paraît s'arrondir un peu, se dégager en quelque sorte des parties profondes et fait un relief à la suface de la paroi abdominale antérieure.

Signes physiques. — Le symptôme que l'on pourrait appeler symptôme cardinal de l'affection est cette *dureté extrême*, cette *consistance ligneuse*, cette *résis-*

*tance de bois*, suivant l'heureuse expression de M. Reclus. Certains observateurs, et en particulier Gosselin, en avaient été frappés (*Observation X*). M. Lucas Championnière (1) dit, avec raison, que l'expression de dureté ligneuse exprime bien mieux que de longues périphrases la sensation que l'on éprouve. Nous sommes donc en présence d'une plaque surélevée, mate à la percussion, avec un bourrelet plus appréciable au palper qu'à la vue. La dureté est la même dans tous les points, elle ne va pas en s'atténuant du centre à la périphérie. Le palper permet encore de reconnaître dans la masse, surtout quand celle-ci veut arriver à la résolution, des bosselures étendues, séparées par des sillons ; la dureté persiste au niveau des saillies et des dépressions. La tumeur, quand elle a acquis un grand volume, est, en général, immobile, adhère aux parties profondes. Le toucher rectal, qui a été pratiqué par Krause, permet de reconnaître la même consistance ligneuse et la même immobilité, surtout quand on presse en même temps sur la paroi abdominale.

Le phlegmon ligneux n'acquiert cependant pas toujours des dimensions aussi considérables, mais les caractères que nous lui avons reconnus, se retrouvent dans les phlegmons même très petits.

*La peau* est, au début, indépendante de la tumeur, et garde longtemps sa coloration normale. Plus tard, parfois au bout de plusieurs semaines et de plusieurs mois, elle contracte des adhérences avec les parties

1. Lucas-Championnière. *Journ. de Méd. et Chir. Prat.* 1902.

profondes et arrive à se souder à la masse sous-jacente ; elle ne se laisse plus plisser ; elle a une consistance égale à celle de la masse.

C'est alors que sa coloration se modifie. Le plus souvent rouge vif au centre de la plaque, elle est rouge sombre à la périphérie, où elle se continue sans ligne de démarcation bien nette avec les parties saines. Mais, dans certains cas, toute la surface de la plaque a une teinte uniforme qui se détache nettement sur les parties saines.

La peau est alors rouge violacée, vineuse, et, bien qu'œdématiée, il est impossible d'imprimer sur elle le godet de l'œdème, à moins d'exercer une pression très forte et très prolongée.

Signes fonctionnels. — « A ce maximum de signes physiques, correspond un minimum de signes fonctionnels » (Marion). Les symptômes généraux, parfois si graves, du phlegmon aigu, font totalement défaut ou sont très atténués.

Le phlegmon ligneux naît, comme nous l'avons dit, sans gêne appréciable, avec peu ou pas de fièvre, si bien que les malades, ne se sentant nullement incommodés, continuent à vaquer à leurs occupations. Il poursuit son évolution sans douleur, sans élévation notable de température. Les malades que M. Marion a soignés pour phlegmon ligneux du cou n'ont pas dépassé 37°6, à partir de leur entrée dans son service.

Quand les dimensions de la tumeur sont considérables, il est évident que le malade peut être gêné par

cette espèce de cuirasse (*Observation XII*). Il peut y avoir aussi quelques troubles digestifs (*Observation XIV*) ou urinaires (Krause).

Marche et Terminaison.— La maladie peut évoluer de deux façons différentes. Elle peut arriver à *résolution complète* après un temps plus ou moins long. Alors, le gonflement et la consistance dure diminuent de la périphérie au centre, en même temps que la peau reprend son aspect normal. Le champ de l'induration se rétrécit donc graduellement, mais à aucun moment on n'y décèle de l'empâtement ou de la fluctuation. « Cette forme pourrait être dite *sèche*, par opposition à celle qui se termine par abcès » (1).

Plus souvent, la résolution n'est que partielle et *la masse suppure en un ou plusieurs points*. La plaque entière, quand elle est de petites dimensions, ou certaines parties de la plaque, quand elle est considérable, se ramollissent, deviennent fluctuantes, et le malade éprouve à ce niveau quelques picotements avec une sensation désagréable de chaleur. De petits abcès se forment, s'ouvrent, peuvent s'éterniser et donner naissance à des fistules qui se ferment de temps en temps. La marche est donc lente, et souvent entrecoupée de rémissions qui font croire à la guérison prochaine, jusqu'à ce qu'un nouvel abcès s'ouvre à l'extérieur.

Dans tous les cas, quelle que soit l'évolution du

1. Lucas Championnière, *loc. cit.*

phlegmon ligneux, qu'il arrive à la résolution ou tende à la suppuration, *sa marche est lente,* et *sa durée très prolongée.*

## CHAPITRE V

### Diagnostic.

Quoique les signes que nous venons de donner du phlegmon ligneux ne laissent guère de doutes sur sa nature, quoique son évolution soit bien spéciale, quoique cette dureté ligneuse de la tuméfaction soit le symptôme capital de son histoire, il faut néanmoins la distinguer des autres affections qui, au premier abord, pourraient la simuler.

*Cancer de l'ombilic.* — On pourrait y songer à cause de la dureté de la tumeur (*Observations I et VIII*) et, à l'aspect de cette masse ligneuse inextensible (Krause), on songerait volontiers au squirre en cuirasse, qui s'observe surtout à la mamelle. Il débute par de petites nodosités très dures qui se réunissent et contractent des adhérences avec la peau et les parties profondes.

Il est facile de se convaincre que ce mode de début est bien différent de celui du phlegmon ligneux. Le phlegmon ligneux débute par un nodule unique qui va sans cesse en s'étendant. Sa masse reste régulière, tan-

dis que, dans le cancer, à côté de la masse principale, il existe à son pourtour des petites nodosités accessoires, des prolongements de même nature qu'elle, et qui en augmentent l'étendue.

De plus, l'évolution du cancer est toujours beaucoup plus lente que celle du phlegmon ligneux. Elle s'accompagne d'une *cachexie précoce*, qui contraste singulièrement avec le maintien du bon état général qu'on rencontre chez les malades atteints de phlegmon ligneux.

Enfin, le cancer peut se ramollir en certains points et déterminer un écoulement roussâtre et fétide ; il envahit sans cesse, affaiblit de plus en plus le malade, tandis que, dans l'immense majorité des cas, le phlegmon ligneux guérit sans laisser de traces.

*Fibrôme de la paroi abdominale.* — Sa grosseur dépasse rarement celle d'une noix, et il pourrait être confondu avec un phlegmon de petites dimensions. Les fibrômes sont bien durs, mais ils n'ont pas cette consistance ligneuse sur laquelle nous avons tant insisté. Ils sont très mobiles sur les parties voisines, et leur développement est lent ou presque nul. Ils ne tendent pas à la résolution ni à la suppuration.

*Lipôme de la paroi abdominale.* — Ces tumeurs sont molles, souvent fluctuantes, de forme hémisphérique, avec une surface irrégulière, et très mobiles sur les tissus environnants. Leur nombre est parfois considérable et on ne peut les confondre avec le phlegmon ligneux.

*Kyste de l'ovaire.* — L'erreur pourrait être faite, et elle a été faite pour la malade de l'observation VIII. Cependant le phlegmon ligneux est plus mobile et s'en-

fonce moins dans la profondeur qu'un kyste de l'ovaire. Les règles sont régulières, et, chez les femmes plus âgées, la ménopause a été normale. Enfin le phlegmon ligneux suit les mouvements de la respiration, ce que ne fait pas le kyste de l'ovaire.

*Kyste de l'épiploon.* — Moins dur que le phlegmon, le kyste de l'épiploon est aussi moins mobile que lui ; la paroi abdominale se révèle indépendante, et il détermine des troubles digestifs qui sont tout à fait exceptionnels dans le phlegmon ligneux.

*Rein mobile.* — Le rein mobile s'accompagne de douleurs, d'irrégularité de la miction, de troubles digestifs ; la tumeur est mobile, mais elle est pédiculée profondément ; elle peut venir jusqu'au voisinage de l'ombilic, mais elle est réductible dans la fosse lombaire. Autant de caractères qui la distinguent de l'affection que nous étudions.

*Abcès du foie.* — Il s'observe chez des gens ayant séjourné dans les pays chauds, et, comme beaucoup de suppurations viscérales, il s'accompagne d'une profonde détérioration de l'organisme, diarrhée, amaigrissement, vomissements bilieux. Rien de semblable dans la marche pacifique du phlegmon ligneux.

*Phlegmon du ligament large.* — Souvent il vient apparaître sous forme d'un plastron induré remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Mais il s'observe après l'accouchement, ou, en dehors de la puerpéralité, chez des femmes atteintes de métrite. Il s'annonce par des malaises, de la fièvre, parfois des frissons ; d'autres fois, cependant, ces symptômes font

défaut et le début est insidieux. Quoi qu'il en soit, les malades ont un mauvais état général, elles maigrissent s'anémient, ce qui n'a pas lieu en général dans le phlegmon ligneux. Enfin, au toucher vaginal, on trouve « une plaque qui se moule sur le fond du cul-de-sac latéral du vagin et constitue en quelque sorte le plancher, la base du phlegmon du ligament large. (1) »

*Péritonite tuberculeuse enkystée.* — Le phlegmon chronique ligneux a plus d'un point de ressemblance avec la péritonite enkystée, et, en particulier, la péritonite tuberculeuse, et, si la palpation fait trouver une tuméfaction profonde, circonscrite, à évolution lente, l'esprit demeure incertain. Il faut, dans ce cas, comme quand il s'agit de tumeurs profondes, bien préciser les rapports de la paroi et de la tumeur. Si l'on peut faire glisser la paroi au niveau de la tumeur, si l'on entend un bruit de froissement analogue à celui que l'on perçoit dans la péritonite chronique, il est certain que l'on n'a pas affaire à un phlegmon ligneux.

Quand la péritonite enkystée fait corps avec la paroi, le diagnostic est plus difficile. Cependant, le phlegmon forme une espèce de plastron induré à bords bien nets, il est irréductible, résistant. Au contraire, la péritonite tuberculeuse enkystée, au moment où elle veut s'ouvrir à l'extérieur, forme une petite tumeur très molle fluctuante dans sa totalité et réductible dans le péritoine.

1. Frarier. *in* Thèse Poisson. Paris, 1877.

Enfin, il faudra rechercher avec beaucoup de soin, la *nature syphilitique* possible de cette variété de phlegmon. On comprend toute l'importance d'un tel diagnostic au point de vue du traitement.

## CHAPITRE VI

### Pronostic et Traitement.

*Le Pronostic* de l'affection est en général bénin quant à sa terminaison, puisque celle-ci est tantôt la résolution, tantôt la suppuration localisée. Toutefois, il faut se souvenir que le phlegmon ligneux est *une affection de longue durée*, et se garder de fixer une date quelconque à sa terminaison.

Traitement. — Il faut se comporter différemment, suivant les conditions dans lesquelles se présente le phlegmon ligneux.

S'agit-il d'un *phlegmon ligneux non suppuré*, n'offrant qu'une médiocre tendance à l'envahissement, il faut attendre, appliquer des pansements humides et surveiller.

*Si un abcès ou des abcès se forment*, il faut donner issue au pus, dès que son existence est reconnue, et ne pas attendre que la peau soit amincie. M. Kirmisson (1) conseille pour les phlegmons chroniques en

1. Kirmisson. *Dict. encycl. des Sciences médicales.* Art. *Phlegmon.*

général, une large incision, une désinfection soigneuse, et le rapprochement des bords de la plaie par suture ou compression. Il est possible alors que les tissus se réunissent par première intention, ou tout au moins, la suppuration est de peu de durée. Van Stokum a employé le procédé de rapprochement par des sutures et a obtenu une réunion par première intention. Suivant les cas, on pourra employer cette méthode ou le drainage.

Quand le phlegmon est dû à la présence d'un *corps étranger*, il faut faire une large incision avec grattage et extraction du corps étranger (Duplay et Forgue).

S'agit-il d'*un phlegmon dont l'extension se fait d'une façon continue*, « ne perdez pas de temps, incisez la masse dure en plusieurs endroits, circonscrivez-la de pointes de feu profondes comme s'il s'agissait d'un phlegmon diffus ordinaire, et appliquez des pansements antiseptiques ; d'une part, la sérosité qui s'écoulera de vos incisions entraînera les éléments septiques contenus dans les tissus ; d'autre part les antiseptiques pourront agir sur ces tissus en pénétrant par les orifices créés. » (Marion.)

Il nous a semblé intéressant de noter, après ces différentes sortes de traitement, les *tentatives de sérothérapie* faites par M. Reclus (1) et par Van Stokum (2) dans deux cas de phlegmons ligneux à bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques. Le sérum de Roux paraît avoir

1. Reclus. *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 531.
2. Van-Stokum. *Congrès de Chirurgie*. Paris 1899, p. 620.

eu une influence bienfaisante chez le malade de M. Reclus, mais n'a donné aucun résultat chez le malade de Van Stokum. Nous ne pouvons que rapporter ces faits sans les commenter ; mais ils semblent bien démontrer l'intérêt de l'examen bactériologique du pus de ces phlegmons, examen sur lequel M. Poncet insiste tant (1).

Enfin, si l'on a reconnu, ou si l'on soupçonne l'origine syphilitique de l'affection, on instituera le *traitement spécifique*.

1. Poncet, Société de Chirurgie, 27 mai 1896.

## OBSERVATIONS

### Observation VI

*Inédite*, due à l'obligeance de M. le Dr Marion.

M. H..., journalier, âgé de 45 ans, vient à la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu le 4 mai 1903. Il présente, à la partie inférieure et antérieure de la dernière fausse côte du côté gauche, une petite tumeur indurée de la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau est à peine modifiée en cette région. A la palpation, la tuméfaction forme un petit bloc d'une dureté ligneuse, bloc semblant gagner assez loin dans la profondeur. La tumeur est très légèrement mobile sur les parties voisines ; il n'existe pas de fluctuation.

Le malade n'a ressenti qu'un peu de gêne, mais pas de douleur ; son état général, qui a toujours été excellent, n'est nullement modifié depuis huit jours, époque à laquelle la tuméfaction s'est révélée.

M. Marion porte le diagnostic de phlegmon chronique ligneux de la paroi abdominale, et conseille au malade de revenir dans quelques jours.

Il revient le 6 mai. La peau est rosée au niveau de la

tumeur, et on peut alors constater une fluctuation profonde. L'incision donne issue à quelques grammes de pus sans caractères spéciaux. Pansement simple.

Le malade n'est plus revenu à la consultation.

L'examen bactériologique n'a pas été fait.

## Observation VII

M. Marion. *Archives Générales de Médecine,* 1903, IV, p. 223.

J'ai eu l'occasion d'observer un phlegmon ligneux développé dans la paroi de l'abdomen, alors que j'étais interne de M. le professeur Berger, à la Pitié, chez une femme qui était entrée pour une induration de l'ombilic. Cette induration s'étendit peu à peu et arriva à former une plaque péri-ombilicale de la largeur de la main, extrêmement dure. Au début, plusieurs de ceux qui examinèrent la malade pensèrent à un cancer de l'ombilic. Ce n'est qu'après plusieurs semaines que le diagnostic put être assuré par l'évolution de la plaque vers la suppuration.

## Observation VIII

Boinet. *Union Médicale,* 1876, p. 816.

Une dame de Paris, ayant dépassé la soixantaine, jouissant habituellement d'une bonne santé, ayant un certain embonpoint, passe toute la belle saison à la campagne où elle se donne beaucoup de mouvement.

Un jour, elle s'aperçoit par hasard qu'elle avait le côté gau-

che du ventre beaucoup plus développé que le côté droit. Jamais elle n'avait eu la moindre sensation douloureuse dans le ventre. Aussi, fut-elle fort surprise de la découverte qu'elle venait de faire. Elle fit aussitôt appeler le médecin qui lui donne des soins pendant qu'elle habite la campagne, et celui-ci diagnostiqua un kyste de l'ovaire gauche, l'engageant à aller à Paris pour y consulter son médecin habituel.

Celui-ci crut aussi reconnaître un kyste de l'ovaire. Un troisième médecin ayant été appelé, ne voulut pas se prononcer sur la nature de la maladie, mais constata seulement qu'il existait une grosse tumeur dans le ventre.

Vers la fin de juillet 1875, appelé à mon tour, je constatai l'existence d'une tumeur abdominale. Il y avait à peine deux mois que la malade avait reconnu que son ventre était plus saillant du côté gauche que du côté droit.

En découvrant la malade couchée sur le dos et dans la position horizontale, on remarque, en effet, que le côté gauche du ventre, dans sa partie moyenne, est bien plus saillant que le côté droit ; que la coloration de la peau est la même des deux côtés. En appliquant la main sur le ventre, on reconnaît aussitôt qu'il existe une tumeur dure, exempte de la moindre douleur et qui paraît se porter davantage vers la cavité abdominale que faire saillie au dehors.

Cette tumeur est exactement située entre les fausses côtes et le rebord du bassin, d'une part, et, de l'autre, entre la colonne vertébrale et la ligne blanche, du côté gauche. La pression, même la plus forte, n'y détermine aucune douleur. Si on a saisit entre les deux mains, on juge qu'elle peut avoir le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Cette tumeur jouit d'une grande mobilité dans tous les sens.

Sa base ne paraît pas adhérer dans la profondeur de la cavité. Dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, elle suit les mouvements des parois abdominales. A la percussion, elle est mate dans une étendue de 12 à 15 centimètres dans tous les sens. Si l'on cherche de la fluctuation, il est impossible d'affirmer d'une manière positive qu'il en existe ; on sent cette espèce d'élasticité qu'on rencontre parfois dans les tumeurs fibreuses.

Nul renseignement précis sur la cause de cette tumeur, si ce n'est que, deux ans auparavant, étant dans l'obscurité dans une chambre, la malade était tombée par dessus une malle, que le ventre avait porté, mais si légèrement qu'elle n'en avait éprouvé aucune douleur, ni dans le moment, ni dans la suite, et qu'elle ne pouvait attribuer à ce petit accident l'origine de la tumeur dont elle était atteinte, et qui s'était développée à son insu.

## Observation IX

Paulin. *Gazette des Hôpitaux*, 1884, p. 116.

Femme de 38 ans, sans antécédents pathologiques.

Depuis 15 jours, sans cause connue, sans traumatisme, sans avoir fait d'effort, elle éprouve des douleurs dans la région hypogastrique à droite. Elle a senti s'y développer une certaine dureté, et la grosseur a augmenté peu à peu.

La tumeur occupe la partie droite de la région sous-ombilicale ; elle fait corps, pour ainsi dire, avec la paroi abdominale dans laquelle elle est comme enchâssée ; de forme ovalaire, elle est dirigée obliquement et parallèlement à l'arcade crurale ;

dure à la périphérie et dans la plus grande partie de son étendue, la peau y est normale et glisse librement. Mais le centre de la peau est rosé, et il y a une certaine rénitence. La douleur spontanée est très modérée. Elle est un peu plus vive à la pression et quand la malade tousse. Tout autour de la tumeur, la paroi abdominale est souple. Rien à droite. Bon état général.

Quatre jours après, ouverture de l'abcès. Le pus est épais, phlegmoneux, non odorant.

Il est bien évident qu'il s'agit là d'un phlegmon primitif, mais deux points sont encore dignes de remarque. D'abord l'étiologie est des plus obscures ; et la marche de la maladie, surtout pendant la période de début, est intéressante.

Un mois après, la suppuration est tarie, mais il reste *une induration* large de 6 centimètres environ, et qui met quinze jours à se résoudre complètement.

## Observation X

Wedrychowski. *Thèse de Paris*, 1879.

Une dame de 48 ans ressentit, cinq mois après la disparition de la menstruation, de fortes douleurs peu continues dans l'hypochondre droit au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, et assez près de la ligne médiane.

Au bout de 7 à 8 mois, cette malade remarqua une masse indurée qui, depuis, n'a fait que s'accroître. A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus, aplatie, peu douloureuse à la pression, mobile sur les parties profondes, fluctuante à la partie centrale.

L'état général est resté bon pendant les deux premières années ; il a commencé à s'altérer lentement depuis quelques mois.

Le diagnostic parut présenter quelques difficultés. Après un minutieux examen, M. Gosselin affirma nettement l'existence d'un abcès profond de la paroi abdominale.

Pour lui, ces masses indurées que l'on sentait au pourtour de la tumeur étaient constantes dans cette variété d'abcès.

Le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice et une incision.

### Observation XI (*résumée*).

Descroizilles. *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 933.

La nommée P. . L..., âgée de 6 ans, se présente à la consultation de M. Descroizilles, aux Enfants-Malades, le 21 novembre 1891. Elle vient consulter pour des douleurs vagues ressenties dans le flanc droit avec irradiations dans tout l'abdomen.

L'enfant avait été très fatiguée le 14 juillet 1891 ; peut-être est-elle tombée ; peut-être, en jouant, a-t-elle reçu un coup.

Deux jours après, le 16 juillet, douleurs abdominales qui durent 24 heures. Dans les premiers jours de septembre réapparition de douleurs pendant 48 heures. Au commencement de novembre nouvelles douleurs avec vomissements. C'est alors que la malade entre à l'hôpital.

La paroi abdominale présente une tumeur lobée s'étendant de l'ombilic, qu'elle dépasse très légèrement en haut et à gauche, jusque dans la partie moyenne du flanc droit.

La palpation fait sentir une intumescence rénitente, non fluc-

tuante, sans aucun rapport avec la région hépatique. Ferme et mobile, la tumeur semble rouler sur la masse intestinale. Si, avec une main à la région ombilicale, et l'autre à la région lombaire, on exerce quelques pressions, on a comme la sensation d'un corps dur, profond, qui vient choquer la première main. *On dirait un gâteau d'anses intestinales avec induration prononcée*, surtout autour de l'ombilic. Pas d'inflammation ni d'empâtement.

Le 25 novembre, on constate autour de l'ombilic une petite région (large comme une pièce de deux francs) rouge, plus douloureuse, empâtée, fluctuante. Le 26, ponction exploratrice par laquelle on ramène du pus. Le 28, incision avec issue de pus grumeleux et fétide.

En injectant la cavité, on voit que les téguments se boursouflent et que le liquide distend une poche formée, en arrière par les muscles abdominaux, et en avant par la peau. La poche s'affaisse quand le liquide sort.

Guérison en un mois.

## Observation XII

Krause. *Centralblatt für Chirurgie*, 1899, n° 17, p. 506.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui entra dans mon service le 24 février 1897. Il disait que depuis environ dix semaines il avait remarqué, sur sa paroi abdominale antérieure, une petite grosseur, mais n'avait ressenti ni frisson ni fièvre. Cette tumeur indolore n'incommodait en rien le malade, mais grossissait de plus en plus. Au bout de quelque temps, le malade ressentit une certaine gêne pour uriner Ce n'étaient

pas des douleurs à proprement parler, mais il éprouvait souvent un besoin impérieux et n'urinait qu'une quantité insignifiante.

Le malade, d'une constitution faible, est pâle avec un système musculaire peu développé. Au poumon, rien d'anormal, si ce n'est une respiration un peu dure au sommet, surtout à droite.

A la paroi abdominale antérieure, se présente une tumeur s'étendant, en hauteur, depuis l'ombilic jusqu'au ligament de Poupart ; à droite, jusqu'au bord externe du muscle droit ; à gauche, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La tumeur est *dure comme un bloc de bois*, immobile. Elle s'enfonce profondément et adhère aux parties sous-jacentes. La peau est normale, mobile, pas tuméfiée, sans coloration rouge.

Au palper, même en pressant fortement, le malade n'accuse aucune douleur. Pas de fluctuation. Au toucher rectal, la tumeur est nettement perceptible lorsqu'on presse en même temps sur la paroi abdominale ; on lui trouve cette même dureté, sans fluctuation.

Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume des deux côtés.

Le malade urine souvent et en petite quantité. L'urine est acide. Sa quantité est de 400 centimètres cubes en 24 heures, son poids spécifique est de 1025. Elle contient beaucoup d'urée, pas de sucre, des traces d'albumine. L'examen de la vessie ne révèle rien d'anormal. Autres organes sains. Pas de fièvre, pouls bien frappé.

Au bout de quelques jours, un abcès se développe près de

l'ombilic. On l'ouvre et il n'en sort qu'une très petite quantité de pus.

Dans le pus, écrasé entre deux lamelles et coloré au bleu de méthylène, on voit disséminés les corpuscules du pus et des cocci qui se colorent assez fortement. L'ensemencement du pus sur gélatine et sur agar ne donne aucun résultat.

Aucun changement dans l'état du malade les jours suivants, Pas de fièvre ; pouls un peu faible et un peu accéléré : 94 à 100 pulsations.

La tumeur, toujours aussi dure qu'auparavant, se perçoit mieux du côté gauche où elle fait un relief plus marqué que du côté droit. Le malade urine toujours souvent et peu à la fois.

Comme jusqu'alors les cultures du pus qui avaient été faites n'avaient donné aucun résultat, je résolus, le 9 mars, de faire une coupe dans la tumeur, et de cultiver en milieu nutritif du liquide séreux et un petit fragment de cette coupe. Je prélevai ce petit fragment entre l'ombilic et la symphyse, un peu à gauche de la ligne médiane, avec toute l'antisepsie désirable. Il me sembla alors faire une coupe dans un cartilage ; la surface de coupe était grise, graisseuse, unie, exsangue.

Une gouttelette de sérosité recueillie à la surface de coupe, et un petit morceau de tissu ligneux furent ensemencés sur agar. Au bout de 24 heures, à une température de 37°, on vit se développer, sur la culture de sérosité, des colonies se présentant sous la forme de petits îlots gris, à bords réguliers, qui s'élevaient au-dessus de la surface de l'agar. Au bout de deux jours, ces îlots se réunissent et apparaissent comme un épais réseau gris. Sur la plaque de verre ensemencée avec le tissu ligneux, apparaît, de même, une masse grise et aussi épaisse,

qui s'étend en s'épaississant. Colorées au bleu de méthylène, ces cultures apparaissent au microscope sous la forme de cocci organisés en groupes de trois ou quatre, et se colorant nettement et aussi fortement les uns que les autres Ces cocci sont un peu plus gros que des staphylocoques. La culture qui provenait du tissu dont on a parlé, réensemencée sur agar, se développa, à une température de 37°, à la façon de petits îlots gris, surélevés, qui confluèrent en une masse épaisse de même couleur. Colorés au bleu de méthylène, ils apparaissent sous la forme de cocci rangés par groupes de deux,trois, quatre et plus.

Les cultures sur gélatine croissent très lentement à la température ordinaire de la chambre. D'abord, 5 jours après la piqûre, on aperçoit un point blanc, assez épais, surélevé ; puis on voit, à l'endroit ensemencé, une colonie très grêle se développer dans la profondeur, surtout d'un côté. La gélatine n'est pas liquéfiée. Au microscope, on voit les mêmes cocci que précédemment, groupés comme on l'a dit.

Pour rechercher la virulence des cultures obtenues, j'inoculai sous la peau d'un cobaye une assez grande quantité de culture pure d'un jour. Je fermai la plaie par deux points de suture et du collodion. L'état de l'animal ne tarda pas à se modifier. Au bout de quatre jours, apparut au lieu d'inoculation, une infiltration dure des tissus. Au bout de six jours se forma un abcès.

J'ensemençai alors le pus sur agar et gélatine. On vit les jours suivants se développer sur l'agar des points blancs à bords réguliers et surélevés ; quelques jours après, ces points blancs grossirent et confluèrent. On voit au microscope, après coloration au bleu de méthylène, que ces colonies se composent de cocci groupés par deux, trois, quatre et plus ; et que ces cocci se colorent bien. Sur la gélatine, rien ne poussa.

Une deuxième génération obtenue avec le pus provenant du cobaye est semblable à celle que nous avons décrite.

Après l'introduction d'une culture pure de deux jours de cette génération, sous la peau d'un cobaye, il se développa, au point d'inoculation, un abcès semblable à ceux que nous venons de décrire.

Quant au malade, sauf une légère accélération du pouls, qui est bien frappé, nous ne remarquons rien, dans son état général, qui puisse laisser à désirer. Au bout d'environ quatre semaines, la tumeur diminua de jour en jour ; la plaie se cicatrisa promptement et le malade quitta l'hôpital le 11 avril dans l'état suivant :

La plaie est bien guérie. On perçoit encore une induration insignifiante à gauche, au-dessus du ligament de Poupart. Le ventre est souple et indolore. Urine normale. Le malade est content sous tous les rapports.

## Observation XIII (*Personnelle*).

Mme D..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Chaput, le 11 mars 1903 pour kyste hydatique suppuré du foie. Le soir de son entrée, la température est proche de 39° et l'intervention est jugée nécessaire.

Opération le 13 mars au matin. Incision médiane suivant la ligne blanche. On trouve une poche kystique unique ; elle est enlevée avec soin et le ventre est refermé par deux plans de sutures : plan profond au catgut fort, et plan superficiel aux crins de Florence. La réunion se fait très rapidement, les crins sont enlevés au bout de 8 jours, la plaie a un excellent aspect, mais on y maintient un pansement compressif.

La malade sort guérie le 2 avril avec un bandage de corps bien serré, ne se plaignant que d'une chose, une petite induration au niveau de l'ombilic.

Mais, le lendemain de l'opération, on s'aperçut que la malade était atteinte d'une paralysie du plexus brachial qu'on attribua au chloroforme. Après sa sortie de l'hôpital la malade revenait chaque jour au massage et à l'électrisation.

Le 6 avril, elle me pria de bien vouloir regarder son pansement, car elle avait éprouvé, depuis la veille au soir, au niveau de l'ombilic, des picotements, avec la sensation de quelque chose de très dur à cet endroit.

Le pansement enlevé, je pus constater une tuméfaction *extrêmement dure* à la région sous-ombilicale, ayant à peu près les dimensions d'une paume de main. La tumeur était un peu mobile sur les plans voisins, et la palpation n'y réveillait pas de douleur appréciable. La peau, soudée aux parties sous-jacentes, était rouge foncé, très œdématiée, sans cependant qu'on puisse y déterminer le godet de l'œdème.

Le lendemain 7 avril, la peau avait changé de couleur, elle était d'un rouge vineux, violacée, et on voyait, sur la trace de la cicatrice, immédiatement à gauche de l'ombilic, un petit point purulent. En l'explorant au stylet, je fis sourdre environ 1 centimètre cube de pus, et j'aperçus alors l'extrémité d'un catgut que je retirai à l'aide d'une pince.

Expression du petit abcès d'où sortirent encore quelques gouttes de pus, attouchement à l'eau oxygénée à 12 volumes.

La guérison fut rapidement obtenue, mais, pendant encore plus de quinze jours, il persista une *induration* qui finit par disparaître complètement.

## Observation XIV

Jeanbrau. *Nouveau Montpellier médical,* 1900, X.

C .. J..., 28 ans, cultivateur, entre le 19 mars 1900 à l'hôpital suburbain. Exempté du service militaire pour hernie inguinale gauche, il entre à l'hôpital suburbain en juillet 1896, pour subir la cure radicale. Celle-ci fut pratiquée par M. Forgue, et suivie d'une réunion par première intention. Le malade quitta l'hôpital, sur sa demande, le 23e jour.

Le lendemain, une légère tuméfaction apparut au niveau de la partie supérieure de la ligne de suture, qui atteignit le volume d'un œuf de pigeon, et, quelques jours après, s'ouvrit spontanément, donnant issue à du pus épais et louche. Pendant trois mois, la suppuration continua, puis la guérison survint spontanément.

En décembre 1898, près de 2 ans 1/2 après la cure radicale, ce malade était en bonne santé lorsqu'il vit se former spontanément une tuméfaction sous-ombilicale de l'étendue de la main ; un abcès finit par s'ouvrir et donna issue à du pus épais et louche.

Il persista une fistule ombilicale qui, depuis 2 ans 1/2 a constamment laissé couler du pus, avec des alternatives de rétention et de débâcles. Cette suppuration persistante fut pendant 1 an 1/2 un symptôme isolé et le malade ne s'en inquiéta pas. Mais, depuis quelques mois, il a maigri, ses forces ont diminué ; il vient voir M. Forgue le 18 mars 1900 et entre dans son service.

Le malade est amaigri ; l'abdomen n'est pas ballonné ; dans

la région inguinale gauche, cicatrice de l'incision de la cure radicale. La paroi est solide à son niveau, et la hernie ne s'est pas reformée.

A un travers de doigt au-dessous de la cicatrice ombilicale, un orifice fistuleux, à bords adhérents, laisse sourdre une goutte de pus jaunâtre, séreux ; à la palpation, on perçoit dans la paroi, un empâtement très dur, recouvrant toute la région sous-ombilicale et se perdant dans l'hypogastre.

Opération le 24 mars 1900. Anesthésie à l'éther.

Un stylet, enfoncé dans le trajet fistuleux, se dirige obliquement de l'ombilic vers la région inguinale gauche. Sur la sonde cannelée, M. Forgue incise la paroi de ce trajet, constitué par une peau très épaissie, qui a une longueur de 15 centimètres environ ; tapissé de fongosités suppurantes, il se termine en cul-de-sac un peu au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal. Il ne paraît pas exister de communication avec l'abdomen et l'empâtement perçu à la palpation était dû à l'induration inflammatoire des plans pariétaux. A l'aide de la curette tranchante, M. Forgue abrase les fongosités, lorsqu'il accroche, dans la partie inguinale du trajet, un nœud de soie ; dans un autre coup de curette, il en ramène un second. Les fils n'ont pas été modifiés par quatre ans de séjour dans les tissus. Ils sont tels que le jour où on les a placés.

Le trajet, vigoureusement curetté, est cautérisé au chlorure de zinc à 1/10. Les bords de l'orifice fistuleux sont excisés, et on suture les bords de l'incision au crin de Florence sans drainage.

Le malade sort guéri le 23 avril ; la paroi abdominale est absolument souple, indolente, la cicatrice est solide.

## Observation XV

Van Stokum. 13e *Congrès français de Chirurgie.*
Paris 1899, p. 618.

Lorsque je prenais, il y a six mois, la direction du service chirurgical à l'hôpital de Rotterdam, j'y trouvais un malade qui avait été opéré, il y avait 7 mois, pour une hernie inguinale droite.

La plaie avait suppuré abondamment, on avait dû la rouvrir, et, après la cicatrisation, qui s'était accomplie en quatre semaines, il s'était formé des petits abcès par lesquels s'étaient éliminées les sutures profondes. Pendant la suppuration, il s'était formé une induration assez volumineuse dans les environs et, après la cicatrisation complète, le terrain induré s'était encore agrandi.

Je trouvais un homme de 55 ans, bien portant, ne se plaignant que d'un point douloureux dans le flanc droit. La cicatrice n'offrait rien de particulier ; la peau environnante avait l'aspect normal, elle était souple et mobile sur les tissus sous-jacents. Mais, en palpant plus profondément, je fus surpris de trouver une résistance extrêmement dure, dont le siège évidemment fut la couche musculaire de la paroi abdominale. Il y avait là une véritable tumeur plate, comme en plastron ou en cuirasse, qui commençait justement au-dessus du ligament de Fallope, et se continuait en haut sur une étendue de deux paumes de main.

Cette tumeur obturait le canal inguinal, aussi il n'y avait pas trace de hernie.

Par l'examen rectal, je pouvais m'assurer que la tumeur ne descendait pas dans la cavité abdominale.

Je passe les tentatives d'une thérapeutique résolvante, qu ne donnèrent aucun résultat.

La tumeur restait stationnaire, elle avait duré déjà 9 mois, et, quoiqu'il ne se formât pas de foyers purulents, je la croyais identique au phlegmon ligneux de M. Reclus. Aussi bien dans un but thérapeutique que pour chercher la nature du phlegmon, j'ai opéré mon malade, c'est-à-dire j'ai excisé, en deux ou trois fois, une grande partie des tissus indurés.

J'ai trouvé la peau et le tissu conjonctif sous-cutané d'aspect normal, mais la couche musculaire fut transformée dans une masse blanche, homogène, dure, criant sous le bistouri, ressemblant aux fibrômes de l'utérus. La cicatrisation de la plaie opératoire s'est accomplie sans la moindre suppuration, par une granulation assez sèche. La dernière fois, je l'ai fermée par des sutures et j'ai obtenu la réunion par première intention. Après ces opérations, la tumeur ne s'est plus agrandie, mais les restes indurés n'ont pas encore disparu non plus.

Or, l'examen histologique et bactériologique des morceaux enlevés, qui a été fait très exactement par notre compétent chef de laboratoire, le Dr Van Houtum, a démontré *d'abord* que le tissu induré est formé par des masses hyalines, c'est-à-dire de fibres conjonctives et de faisceaux musculaires dans un état de dégénérescence hyaline ; d'actinomycose ou de tuberculose, pas de traces ; *et ensuite*, que, dans tous les morceaux pris de différents endroits et à des époques éloignées, il se trouvait des colonies de micro-organismes de la même nature qui ont été reconnus comme *des bacilles pseudodiphtériques*. Ils se trouvaient dans toutes les épreuves bactériologiques comme cultu-

res pures, et ils ont été trouvés seuls dans toutes les préparations microscopiques des tissus indurés.

Me souvenant du cas de M. Reclus, j'ai fait à mon malade des injections de sérum antidiphtérique. Elles sont restées sans résultat.

Nous avons fait chez des cobayes des injections intra-musculaires avec les cultures des bacilles pseudo-diphtériques. Il se formait de petits nodules indurés qui disparurent bientôt.

## CONCLUSIONS

Le phlegmon ligneux est une variété de ces inflammations chroniques dont on commence à débrouiller le chaos (Reclus).

Pour résumer l'histoire du phlegmon ligneux de la paroi abdominale, que nous venons d'esquisser, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

1° Le phlegmon ligneux de la paroi abdominale est une inflammation diffuse, chronique, du tissu cellulaire due à l'introduction primitive ou secondaire, dans ce tissu, d'éléments septiques, non spécifiques et de virulence atténuée (Marion.)

2° D'après M. Tillaux, il serait très souvent d'origine syphilitique.

3° Cette forme de phlegmon n'est pas spéciale à la paroi abdominale.

4° Elle se caractérise par une tuméfaction de dimensions variables, mais d'une dureté ligneuse particulière, évoluant sans douleur et sans fièvre.

5° Elle peut se terminer par suppuration, mais aussi par résolution complète.

6° Son évolution est toujours d'une extrême lenteur ; elle se chiffre par mois.

7° Le diagnostic du phlegmon ligneux est, en général, facile, vu ses caractères et son évolution.

8° Le pronostic est, en général, bénin.

9° Le traitement variera avec *l'origine*, l'aspect et *la marche* de l'affection.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
Pour le Vice-Recteur
l'Inspecteur de l'Académie.

LANIER

# BIBLIOGRAPHIE


Batsère. — Thèse de Paris, 1894-95.

Boinet. — *Union médicale*, 1876, p. 816.

Borello. — Thèse de Paris, 1878.

Chantemesse. — *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 794.

Chassaignac. — *Traité de la suppuration.*

Cleuet. — Thèse de Lille, 1897.

Commandeur. — *Gazette hebdomadaire de médecine de Paris* 1894, p. 323-328.

Le Dentu. — Article : *Phlegmon* du *Dictionnaire de Jaccoud*. Paris, 1879.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Descroizilles. — *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 933.

Duplay. — *Bulletin médical*, 1897, n° 1.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Gérard. — *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 877-882.

Gosselin. — Clinique chirurgicale de la Charité, tome II, leçon 48.

Jeanbran. — *Nouveau Montpellier médical*, 2e série, X, p. 793.

Kirmisson. — Article *Phlegmon* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris 1887.

Kouyoumdjian. — Thèse de Paris, 1902-1903.

Krause. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1899, n° 17, p. 506.

Lucas-Championnière. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1902.

Marion. — *Archives générales de médecine*, 1903, n° 4, p. 217-225.

Marsoo. — Thèse de Paris, 1901.

PAULIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 116.

PEYROT. — *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1017.

POISSON. — Thèse de Paris, 1877.

PONCET. — Annales et Mémoires de la *Société de Chirurgie*, 27 mai 1896.

QUENU. — Annales et Mémoires de la *Société de Chirurgie*, 27 mai 1896.

RECLUS. — 5e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1891, p. 248.

— *Gazette des Hôpitaux*, 1893, p. 833.

— Annales et Mémoires de la *Société de Chirurgie*, 27 mai 1896.

— *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 530.

REYNIER. — Annales et Mémoires de la *Société de Chirurgie*, 27 mai 1896.

RIGAL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1883, p. 794.

TILLAUX. — Traité de Chirurgie clinique.

TRÉLAT. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Paris, 1882, p. 156-158.

VAN-STOKUM. — 13e Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1899, p. 618-621.

— *Revue de Chirurgie*, 1899, p. 562.

WEDRYCHOWSKI. — Thèse de Paris, 1879.

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.